

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

## Radici e orizzonti: Le SOMS e un nuovo patto sociale e professionale

**This is a pre print version of the following article:**

*Original Citation:*

*Availability:*

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1590514> since 2016-08-31T15:09:33Z

*Terms of use:*

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Radici e Orizzonti: le SOMS e un nuovo patto sociale e professionale

Autori:

Targhetta Dur D.\*; Signaroldi E.\*; Avasse U.\*\*; Centrella D.\*\*; Cogo F.\*\*; Dello Russo C.\*\*; Di Fine G.\*\*; Milanese E.\*\*; Pavignano L.\*\*; Quarisa R.\*\*; Dimonte V.\*\*\*

\*Coordinatori Polo Universitario Officina H e Corso di Laurea in Infermieristica Sede TO4 Ivrea- Università di Torino

\*\* Docenti Corso di Laurea in Infermieristica Sede TO4 Ivrea- Università di Torino

\*\*\* Presidente Corso di Laurea in Infermieristica Università di Torino

Quella sera del 12 ottobre 1848, in Pinerolo

un Calzolaio,

un Indoratore,

quattro Falegnami,

due Sarti,

un Capomastro,

un Decoratore e

un Meccanico

si riunirono alla Locanda del Cavallo Bianco per costituire la prima Società di Mutuo Soccorso d'Italia

Questa frase, scritta sul muro lungo la scala che sale al primo piano, accoglie chi si reca presso la sede della storica SOMS (Società Operaia di Mutuo Soccorso) di Pinerolo (1).

A soli sette mesi dallo Statuto Albertino del Regno Sabauda, promulgato il 5 marzo 1848, che riconosceva il diritto di Associazione, il vento che sin dai primi decenni del secolo stava attraversando il Regno Unito, la Germania e il sud della Francia, valicò le Alpi e trovò in Pinerolo la prima zolla fertile. Da quella sera di Ottobre, in pochi anni, le forme di mutualità si sarebbero estese a tutta la penisola, anticipando l'ormai imminente unità nazionale. Nelle città e in campagna si svilupparono forme di mutualità di diverso orientamento: socialista, religioso o derivanti dalle corporazioni dei mestieri, dai tipografi ai sarti o farmacisti.

Questa marea crescente costituisce una prima risposta collettiva alle conseguenze drammatiche del processo di industrializzazione e segna la rivendicazione di dignità e di autonomia di interi gruppi sociali che affermano concretamente la volontà di difendersi collettivamente dai rischi del mercato, sfuggendo all'umiliazione di dover chiedere aiuto nei momenti drammatici dell'esistenza: la perdita del lavoro, la malattia, la morte (2).

Sin dalle origini le SOMS si pongono all'avanguardia anche nel contrastare le discriminazioni di genere e già nel 1951 nasce a Torino l'Associazione Generale di Mutuo Soccorso delle Operaie di Torino che dopo pochi anni potrà contare su circa 2000 socie (3). Il Piemonte onora il ruolo di Regione che ospita la prima SOMS italiana e nel 1864 fa registrare 443 SOMS attive con 111.608 soci, su una popolazione totale pari a 2.400.000 abitanti (4).

Nell'ultimo decennio dell'800 e il primo del '900 si osserva una costante espansione nazionale delle SOMS che nel censimento del 1894 risultano essere quasi 6800 per un totale di quasi un milione di soci (su una popolazione totale di circa 30 milioni). Ormai la mutualità rappresenta una realtà diffusa e partecipata a livello nazionale e il 15 aprile 1886 arriva la Legge 3818 che, nel riconoscere loro personalità giuridica, norma e sancisce le modalità di funzionamento e ne definisce i campi di intervento.

L'avvento del Fascismo, con il conseguente azzeramento della partecipazione democratica e delle libertà personali, determinò la scomparsa di molte espressioni della mutualità e anche le sopravvissute si trovarono di fronte al nuovo scenario introdotto dal regime e poi proseguito con la Repubblica: la centralità dello Stato nel dare risposte sociali, previdenziali e sanitarie agendo sulla

fiscalità generale. Dagli anni 20 al 1978, anno della legge di Riforma Sanitaria 833 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) l'attività delle SOMS divenne via via più marginale, residuale, finalizzata alla gestione del cospicuo patrimonio immobiliare e limitata principalmente alle attività ristorative. Attività residuali di cui non meriterebbe dar conto se non fosse perché quel fiume carsico è riaffiorato negli anni Novanta e si sta ora intrecciando con un'altra storia: quella della crisi del welfare, ma anche delle istituzioni democratiche e delle forme di socialità che hanno accompagnato lo sviluppo del paese (2).

Dal 1886 al 2012 trascorrono ben 126 anni, un secolo e un quarto di storia intensa, vorticoso, massimamente collocata proprio nel secolo breve del 900. Un arco di tempo che ha visto, in Italia, avanzare il fronte dei diritti conquistando un approccio universalistico e redistributivo e uno Stato farsi Sociale nel garantire istruzione, previdenza e salute ai cittadini. Un impianto che matura nel secondo dopoguerra negli anni definiti i trenta gloriosi che vanno dal 1945 al 1973 (anno della crisi petrolifera).

A mandare in crisi il modello universalistico concorrono più fattori. Quello demografico, in primo luogo. L'equilibrio basato sull'alta natalità e altrettanto alta mortalità, quale era ancora quello degli anni Cinquanta, ha reso possibile l'impianto di un sistema previdenziale a ripartizione, tendenzialmente universalistico, perché il numero dei contribuenti sopravanzava di molto il numero dei fruitori. Da qualche decennio l'aumento della domanda e dell'offerta di servizi ha creato le condizioni per un secondo fattore di criticità rappresentato dall'aumento della pressione fiscale. Tale andamento della fiscalità si aggrava ulteriormente nell'opinione pubblica poiché si accompagna al sospetto che il costo dei servizi erogati attraverso burocrazie pubbliche sia troppo elevato se commisurato alla qualità dei servizi medesimi (2).

La crisi del sistema sanitario pubblico così come oggi organizzato è palese e oggettivabile. Si stima infatti che in Italia la spesa *out of pocket* delle famiglie per la salute, ovvero la spesa che viene sostenuta direttamente, escludendo anche i premi assicurativi, si aggira tra il 25 e il 30% della spesa sanitaria. I dati dell'indagine Multiscopo dell'Istat del 2005 mostrano che più del 50% delle visite specialistiche vengono pagate dai pazienti, con una netta prevalenza delle visite odontoiatriche e ostetrico-ginecologiche. Molto inferiore il peso del pagamento diretto degli accertamenti diagnostici (il 6,6% degli esami del sangue e il 21% degli esami specialistici), ma pari a poco meno del 50% la spesa privata per farmaci (5).

Si viene pertanto a delineare un quadro di forte disomogeneità in termini di opportunità e garanzie, dove la parte più fragile della società si trova esposta a rischi senza poter contare su politiche di tutela e salvaguardia. Questo scenario del nuovo millennio, pur con i dovuti e opportuni adeguamenti, richiama lo scenario dell'ottocento e tale assonanza non è sfuggita al legislatore se il 13 dicembre 2012 il Parlamento ha convertito in legge il D. Lgs. 179 del 18 ottobre «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», che all'art. 23 contiene «Misure per le Società di mutuo soccorso», tra cui alcuni aggiornamenti alla legge 3818 del 1886, ancora in vigore, che disciplina le attività dei Sodalizi. Il provvedimento, in estrema sintesi, «modernizza» la modalità di costituzione delle Società di mutuo soccorso e attualizza gli ambiti di attività previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 3818, con un importante passaggio che riguarda la possibilità di svolgere le attività previste anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi.

La storia, che dalla sorgente Pinerolese del 48, ha saputo farsi marea e poi «carsicamente» resistere nella seconda metà del 900, sta riaffiorando con tutta la sua potenziale attualità in buona parte ancora da scoprire e scrivere.

Questo «neo mutualismo» può rappresentare un importante interlocutore per le professioni sanitarie e tra queste soprattutto per l'infermieristica. A fronte di una disarticolazione dell'offerta di tutele socio-sanitarie territoriali si registra una crescente domanda, espressa e non espressa, di salute. Le SOMS, se si intraprendesse con forza la via di una medicina proattiva, potrebbero diventare per

l'Infermieristica un committente privilegiato grazie alla loro capillarità, prossimità e rapporto diretto con i soci.

Presso il Polo Formativo Universitario Officina H di Ivrea, sede del Corso di Laurea in Infermieristica, sin dal 2013 è stato avviato un percorso di collaborazione prima con le SOMS del territorio e poi con il Coordinamento Regionale.

Delle circa 2000 SOMS censite come ancora attive a livello nazionale, più di 400 sono piemontesi, a dimostrazione di una vocazione e di una vitalità mai venuta meno. Questo scenario, composto a volte da micro realtà che contano qualche decina di soci, sin dalla metà degli anni '90 ha trovato nell'azione determinata del Presidente della Fondazione Società di Mutuo Soccorso Piemonte, Sebastiano Solano e nel Presidente della SOMS di Pinerolo e del Coordinamento Regionale delle Società di Mutuo Soccorso, Ermanno Sacchetto, due infaticabili tessitori di rapporti, capaci di mettere in rete e di far comunicare e confrontarsi la variegata galassia della mutualità Piemontese.

Proprio da questa regia illuminata, capace di valorizzare e condividere le iniziative virtuose promosse dalle varie realtà locali, sono originati progetti come "Un filo d'acqua" finanziato nel 2003 anche con fondi europei per promuovere una rete di ospitalità per il turismo culturale e ambientale e, nel 2008, "Nessuno è un'isola" per creare una rete di accoglienza e servizi nelle sedi delle Società di mutuo soccorso rivolta a persone che vivono situazioni di disagio abitativo.

Il 12 maggio 2014, giornata internazionale dell'Infermiere, per sancire e rilanciare la reciproca comunanza di valori e strategie tra l'Infermieristica e le SOMS è stato organizzato a Ivrea il Convegno Regionale dal titolo: "Mutualità e professioni sanitarie - una nuova alleanza per il welfare di domani". L'evento, che ha visto confrontarsi i massimi rappresentanti della Mutualità regionale e nazionale con esponenti dell'Università, della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI) e dell'Ente Nazionale della Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), si è concluso con la istituzione di un Osservatorio permanente Regionale composto dal Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Ivrea, e dal Coordinamento Regionale delle SOMS.

Il tavolo di lavoro, che nel corso della sua attività ha coinvolto altri stakeholders sociali e del territorio come le Organizzazioni Sindacali e rappresentanze dell'Associazionismo, si è posto l'obiettivo di censire, soprattutto alla luce delle modifiche normative del 2012 che chiedono a ogni singola realtà di operare realmente nel campo della mutualità per poter ancora fruire delle agevolazioni fiscali e di funzionamento, quali fossero le attività in essere.

Ogni SOMS è stata contattata per avere un aggiornamento circa il numero di associati, la quota associativa, i servizi offerti ai soci e la progettazione avviata. Inoltre è stato somministrato un questionario ai soci per indagare quali siano oggi i bisogni avvertiti e quali servizi gradirebbero ricevere dalla propria Società Operaia. Questa indagine, ormai in fase di completamento, sta fornendo interessanti elementi di confronto tra mutualità e Infermieristica: si sta infatti delineando il profilo di competenza richiesto all'Infermiere per poter essere risorsa "acquisibile" dalle SOMS come servizio rivolto ai soci. Già oggi ad esempio, presso alcune realtà, si registrano attività di assistenza Infermieristica domiciliare e ospedaliera di sostegno al socio e alla sua famiglia in caso di necessità.

Così come è diffusa una certa dinamicità delle SOMS negli ambiti preventivi e di screening, come dimostrano alcuni progetti avviati con unità sanitarie mobili in ambito oftalmico, cardiovascolare e neurologico.

L'annoso e mai radicalmente risolto quesito circa la natura di questo welfare parallelo: integrativo o sostitutivo alla sanità pubblica? ha sempre incontrato, nelle SOMS una risposta chiara e netta che le colloca nel campo dell'integrazione agendo addirittura con un ruolo di raccolta e organizzazione dei bisogni e delle fragilità finalizzato al confronto con le ASL e i Territori, per apportare migliorie al SSN.

Risulterà ancora più evidente e non equivocabile la vocazione "integrativa" di questo nuovo- antico ruolo della mutualità se si andrà a implementare un approccio preventivo, educativo, promozionale

di buoni stili di vita, inclusivo e partecipativo. Tale percorso, pienamente coerente con gli obiettivi della medicina di iniziativa, potrà garantire l'incisività e la capacità di leggere, dall'interno di ogni piccola comunità, le specificità, le risorse e le migliori strategie utilizzabili. Su quel fronte capace di promuovere salute e non solo di fare sanità potranno incontrarsi la mutualità, l'infermieristica e altre professioni sociali e sanitarie per disegnare un nuovo sistema di garanzie e diritti, in piena coerenza con i criteri e i valori di sobrietà, rispetto e giustizia promossi da Slow Medicine.

## Bibliografia

1. Targhetta Dur D. (2011) Quella sera del 12 ottobre 1848... I colori del bianco. Anno 2; 2:13
2. Luciano A. (2012) Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità. Risposte alla crisi del welfare, Euricse Working Paper; N.032 | 12
3. Gera B. (1994) Donne in società: storie di mutualismo femminile in Piemonte. Regione Piemonte
4. Menegatti B, Robotti D. (2009) Il Mutuo Soccorso a carte scoperte. Repertorio di archivi delle società operaie piemontesi. Editore Centro Studi Piemontesi (collana Cultura della solidarietà)
5. Cislighi C, Giuliani F. (2006) Layout of pocket sanitario nelle regioni italiane. Analisi dei dati dell'indagine multiscopo 2005, Mimeo